

食物除去に関する診断書（例）

氏 名	
生年月日	昭和 ・ 平成 年 月 日

診 断 名	
-------	--

完全除去を 行う食物 (該当する番号に○、 6～12を選んだ場合は 食品名を記入)	1 鶏卵 2 牛乳 3 小麦 4 そば 5 ピーナッツ 6 甲殻類 () 7 木の実類 () 8 果物類 () 9 魚類 () 10 肉類 () 11 その他① () 12 その他② ()
---	---

アレルギー症状の 既往	あり ・ なし	「あり」の場合 原因食物	
----------------	---------	-----------------	--

原因食物摂取時 症状が出た場合 対応方法 (該当する番号に○)	1 内服薬	
	2 自己注射薬	
	医療機関名	
	電話番号	

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

印